

# Motivations et apports d'une prise en charge ambulatoire pluridisciplinaire de la santé des adolescents

par Jean-Pierre Bourguignon (1), Sophie Grignard (2) Fabienne Glowacz (3), Colette Walthéry (4), Chantal Vandoorne (5), Sylvie Boden (6), (7)

**Mots-clés :** adolescence, santé de l'adolescent, problèmes de santé, santé, centre de santé, pluridisciplinarité, approche psycho-somatique, Belgique.

(1) Pédiatre, Chargé de Cours à l'Université de Liège, Directeur du Centre de Santé de l'Adolescent, Département Universitaire de Pédiatrie, CHU Centre-Ville, quai Godefroid Kurth, 45  
B - 4020 Liège.

Tél.: ++ 32 (0)4 366 72 47  
Fax : ++ 32 (0)4 366 72 46  
E-mail : jpbourguignon @ulg.ac.be

(2) Psychologue, chercheur au Service de la Santé au Travail et Promotion de la Santé (directeur : Professeur Ph. Mairiaux), Ecole de Santé Publique, Université de Liège.

(3) Psychologue, assistante au Service de Psychologie de la Délinquance et du Développement Psycho-Social (directeur : Professeur M. Born), Université de Liège.

(4) Diététicienne, CHU de Liège.

(5) Pédagogue, chercheur au Service de la Santé au Travail et Promotion de la Santé (directeur : Professeur Ph. Mairiaux) Ecole de Santé Publique, Université de Liège.

(6) Pédiopsychiatre, Centre de Santé de l'Adolescent.

(7) Cet article est issu d'une communication à la Journée «Adolescents à l'hôpital : quelles solutions contruire ?» organisée par la Fondation HU (Association pour l'Humanisation de l'Hôpital en Pédiatrie A.S.B.L.) en mars 1999.

*D'importants problèmes de santé sont identifiés par les professionnels chez les adolescents. Toutefois, ces problèmes de santé ne sont que peu ou pas soulevés par les adolescents eux-mêmes car ils consultent peu à ce sujet. En particulier, ils évoquent rarement les aspects psychosociaux des problèmes auxquels ils sont confrontés. Ils fonctionnent dans le clivage entre somatique et psychologique bien que ces deux aspects soient indissociables. Les adolescents sont souvent amenés en consultation par d'autres, dont les parents. Un travail d'identification de la demande réelle de l'adolescent est donc nécessaire pour que celui-ci puisse se mobiliser vers une prise en charge. La confidentialité est cruciale de même que le respect de l'adolescent, ainsi que la reconnaissance de ses craintes et des limites qu'il met à l'accès aux informations par l'anamnèse et l'examen clinique. Il appartient au médecin de lire la demande de l'adolescent dans un double registre, à la fois somatique et psychique et de resituer cette demande dans le contexte de vie particulier à l'adolescent. Aussi, la lecture de la demande intégrera non seulement les problèmes invoqués par l'adolescent mais aussi ceux relevés par l'anamnèse et l'examen clinique. Une telle lecture peut prendre du temps pour les intervenants de santé mais aussi pour l'adolescent, avant qu'il n'aboutisse à l'émergence de sa demande et, dès lors, à une demande de prise en charge. Celle-ci devra parfois faire appel à une équipe spécifique et pluridisciplinaire telle que celle où collaborent les auteurs du présent article, au Centre de Santé de l'Adolescent à Liège.*

## Les problèmes de santé des adolescents : apport des grandes enquêtes

A l'instar d'autres pays comme les USA [1], la Suisse [2] et la France [3], la Belgique dispose d'informations récoltées auprès de plus de 15.000 adolescents ayant répondu à un questionnaire auto-administré, dans une étude menée par l'Ecole de Santé Publique de l'ULB [4]. Les tableaux 1 et 2 rapportent l'incidence de divers problèmes relevés dans ces quatre pays sur ces échantillons très larges. Pour résumer les résultats de l'enquête belge, 1 adolescent sur 3 se plaint de fréquents maux de tête, de ventre ou de fatigue, 1 adolescent sur 3 est insatisfait de son poids, 1 adolescent sur 3 est victime de violence physique ou traumatisme et 1 adolescent sur 3 se sent déprimé ou présente des troubles de l'humeur. Un adolescent sur 5 a des relations sexuelles avant l'âge de 14 ans

et 1 adolescent sur 5 a expérimenté des drogues illégales. Un adolescent sur 10 consomme régulièrement des drogues illégales. Un adolescent sur 10 a des idées suicidaires. Un adolescent sur 10 manque fréquemment l'école et, enfin, 1 adolescent sur 10 se considère atteint d'une maladie chronique ou d'un handicap physique. Ce « condensé » de données qui concerne un large échantillon de 11 à 19 ans, doit évidemment être nuancé par l'impact évident de facteurs comme l'âge et le sexe.

Certains problèmes relevés par ces enquêtes, comme les plaintes somatiques ou les traumatismes ou encore une maladie chronique telle que l'asthme, conduisent les adolescents à consulter. D'autres problèmes comme l'absentéisme scolaire justifient des démarches en quête d'un certificat médical pour une absence qui relève souvent de motifs non strictement médicaux. Enfin, certains aspects comme ceux relatifs à la sexualité, aux drogues ou au suicide conduisent

à consulter moins souvent et tardivement, dans des situations devenues critiques. Quoi qu'il en soit, la fréquence impressionnante de tous ces problèmes auto-révélés par les adolescents est sans mesure avec la faible proportion de ceux-ci qui consultent effectivement pour ces motifs. Si les problèmes existent, ils ne sont donc pas nécessairement traduits par les adolescents en terme de besoins et de demandes. En effet, l'adolescent apparaît comme un faible consommateur de soins par rapport aux autres tranches d'âge de la population.

## Les questions de santé des adolescents : les intervenants consultés et les motifs invoqués

La situation en Belgique est sans doute comparable à d'autres pays européens où c'est le médecin généraliste (cfr. tableau 1) qui est le premier et le plus souvent confronté aux plaintes des adolescents [3, 5, 6]. Les pédiatres sont peu consultés par les adolescents en Europe où on relève par contre le rôle important joué par l'infirmière scolaire. Celle-ci, comme le médecin généraliste, occupe une place en première ligne qui explique qu'ils soient souvent sollicités. Pour le praticien européen, la prise en charge des adolescents est d'autant plus malaisée qu'il est souvent non formé et autodidacte en cette matière. En effet, la médecine de l'adolescent en est toujours à ses balbutiements chez nous alors qu'elle est développée depuis des dizaines d'années en Amérique du Nord. Aux USA, l'existence d'une formation à la santé de l'adolescent contribue à l'implication des pédiatres et de spécialistes en Médecine de l'Adolescent et doit sans doute constituer un apport au travail du généraliste dans cette matière [7]. Enfin, dans notre pays, le généraliste, le pédiatre ou le médecin scolaire n'ont pas vraiment à leur disposition des structures – relais réservées aux adolescents et auxquelles ceux-ci peuvent être adressés. Il est vrai que diverses structures accueillent les adolescents en difficulté, mais avec une vocation spécifique, comme la prise en charge des assuétudes, des troubles psychiatriques ou des tentatives de suicide et, souvent, dans une tranche d'âge plus large que l'adolescence.

Sur quoi porte la demande des adolescents reçus en consultation par le médecin ? Deux fois sur trois, il s'agit d'un contrôle ou d'une maladie comme un rhume, une grippe. Une fois sur quatre, la consultation est relative au sport (aptitude, accident) ou à des questions de prévention [6, 7, 8]. Dans 3 % des cas seulement, des aspects psychologiques ou des troubles de l'humeur sont évoqués par les adolescents [6] ce qui contraste avec les observations des grandes enquêtes [1-4]. Comment expliquer une telle discordance ? Il existe sans doute un certain déni par l'adolescent des aspects psychosociaux impliqués dans ses problèmes de santé. Ainsi, dans une étude limitée où ont été interviewés 30 adolescents obèses et 20 médecins généralistes en charge de ceux-ci, nous avons relevé qu'une faible proportion des adolescents évoquait le rôle des facteurs psychosociaux alors que près de la moitié des

PAYS	USA	SUISSE	FRANCE	BELGIQUE
n	12.118	9.268	12.391	15.347
Auteurs	Resnick et al, 1997	Narring et al, 1994	Choquet et al, 1994	Piette et al, 1997
Plaintes somatiques (céphalées, doult. abd., fatigue)		20-40 %	20 %	30-40 %
Insatisfaction à propos du poids		50 %	17 %	42 %
Maladie chronique ou handicap physique			9 %	7-8 %
Absentéisme scolaire répété			13 %	10 %
Troubles de l'humeur	18 %		21 %	30-40 %

Tableau 1 : Incidence de quelques problèmes de santé de l'adolescent avec présentation somatique possible : enquêtes nationales

PAYS	USA	SUISSE	FRANCE	BELGIQUE
Violences physiques, trauma	24 %		15 %	32 %
Idées suicidaires	9 %	18 %	9 %	
Tentative de suicide	4 %	3 %	7 %	
Relations sexuelles non protégées < 14 ans	47 %			80 %
< 18 ans	37 %	50 %		21 %
+ Grossesse non désirée (IVG)	7 % (1/5)	6 %		57 %
Drogues illégales: expérimentées	25 %	40 %	14 %	19 %
consommation régulière	6 %	20%	9 %	10 %

Tableau 2 : Incidence de quelques problèmes de santé de l'adolescent en association avec des comportements à risque : enquêtes nationales

PAYS	USA	UK	FRANCE	FRANCE (Arras)
n	199	253		4319
Age	12-18	14-16		11-19
Auteurs	Resnick et al, 1997	Oppong-Odiseng & Heycock, 1997	Choquet et al, 1991	INSERM, 1991
Médecin généraliste	29 %	69 %	75 %	84 %
Médecin scolaire			18 %	
Pédiatre (général)	27 %		1 %	2 %
Pédiatre (Spéc. ado.)	21 %			
Psychiatre/psychol.	12 %		4 %	<1 %
Infirmière scolaire		40 %	43 %	
Assistante sociale			7 %	

Tableau 3 : Les intervenants de santé consultés par les adolescents durant l'année écoulée (selon différents états et pays)

médecins identifiaient ces facteurs comme importants, tant sur le plan causal qu'au niveau des déterminants de la prise en charge [9].

# Offrir de nouvelles structures de soins aux adolescents

Figure 1 : Personne référant l'adolescent au Centre de Santé de l'Adolescent (Liège).

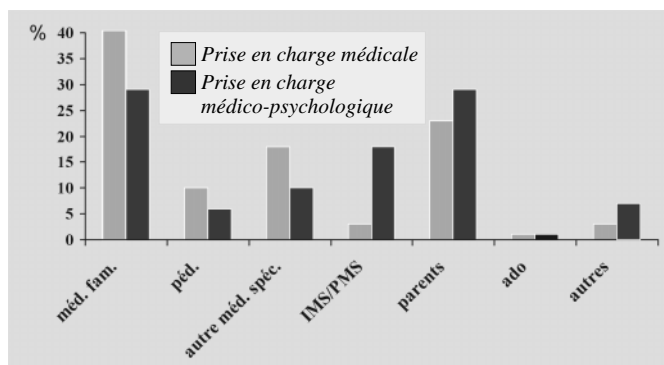


Figure 2 : Etapes de la consultation médicale pour un adolescent

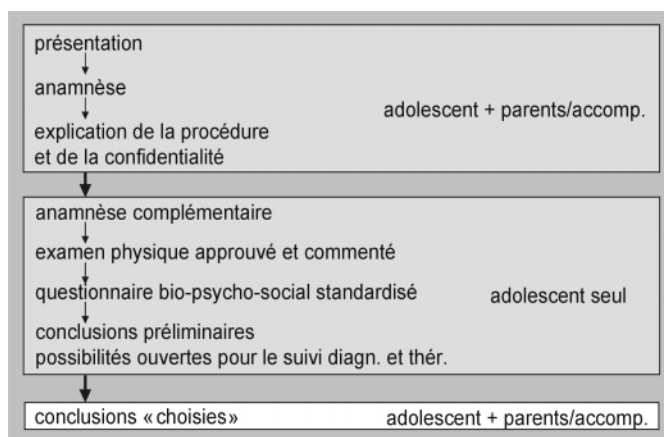
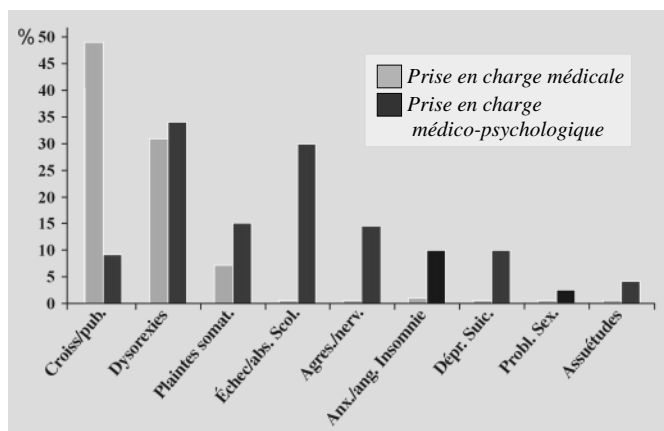
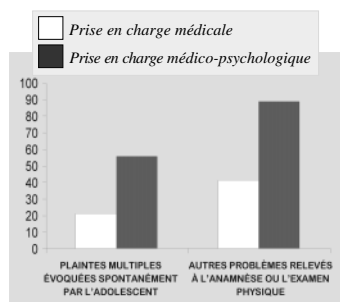


Figure 3 : Problèmes invoqués à la consultation initiale (en %).



## Les enseignements d'une consultation pluridisciplinaire spécifique

Figure 4 : Profil des adolescents selon le type de prise en charge (en %).



Nous rapportons ici quelques données d'expérience sur base de l'activité que nous menons depuis 1997 au Centre de Santé de l'Adolescent à Liège, structure ambulatoire et pluridisciplinaire spécifiquement accessible aux adolescents et implantée dans un site urbain réservé aux consultations [10, 11].

### La réappropriation de la demande

À la figure 1 sont illustrées les différentes personnes qui réfèrent les adolescents au Centre en distinguant ceux qui ont été pris en charge strictement au niveau de la consultation médicale et ceux qui ont bénéficié

d'une prise en charge pluridisciplinaire impliquant différents intervenants du Centre. Un premier fait mérite d'être souligné : les adolescents ne sont qu'exceptionnellement les moteurs ou les vecteurs de la demande. Celle-ci est portée par un accompagnant ou une personne précise référant cet adolescent au Centre. Dans un quart des situations, l'initiative revient aux parents et dans les trois quarts restants, la demande émane d'un intervenant de santé, le plus souvent le médecin de famille. Lorsque la demande émane d'un service de médecine scolaire, il s'agit beaucoup plus souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire que médicale stricte.

Bien que très peu d'adolescents se déclarent porteurs de la demande de consultation, ils reconnaissent souvent avoir pris part à cette démarche. Les parents ou les autres adultes apparaissent donc comme les interprètes d'une demande qu'ils vont d'ailleurs teinter de leur propre préoccupation de parent ou d'adulte. Il y a dès lors nécessité d'identifier et d'individualiser la demande propre de l'adolescent et les démarches diagnostiques et thérapeutiques qui pourront en résulter.

### Une première consultation adaptée à l'adolescent

Étant donné que l'adolescent ne s'identifie que très rarement comme porteur de la demande initiale, mais aussi parce que les questions des adolescents s'inscrivent dans un contexte familial dont la place est importante, la première consultation sera gérée d'une manière adaptée. En général, les adolescents consultent pour la première fois le médecin pédiatre du Centre. Lorsque le travail de clarification et de réappropriation de la demande a déjà été effectué par un intervenant extérieur, les adolescents consultent le psychologue ou le pédopsychiatre en première intention. La séquence de la consultation est illustrée dans la figure 2.

L'adolescent qui se présente initialement en consultation médicale est reçu avec les parents ou accompagnants. Après avoir identifié les accompagnants, le médecin commencera par interroger l'adolescent sur le motif de consultation. Le plus souvent, l'adolescent « passera la main » à ses parents que le médecin invitera alors à expliciter le motif de consultation.

Après cette première anamnèse, il est capital d'expliquer le fonctionnement de la consultation et du Centre et, surtout, la confidentialité. Il s'agit surtout de respecter la propriété que l'adolescent garde des informations qu'il donne à un membre de l'équipe. Ces informations appartiennent à l'adolescent et il lui revient de partager avec sa famille ce qu'il souhaite leur communiquer.

Ensuite, les parents ou accompagnants sont invités à regagner la salle d'attente et une anamnèse complémentaire est menée avec l'adolescent seul. Ceci lui permet de repositionner sa demande par rapport à ce qui a été exprimé par la famille ou les accompagnants. L'étape de l'examen physique fait très souvent peur à l'adolescent qui redoute un peu l'intrusion mais surtout d'être mis par un examinateur

face à son propre corps et aux questions que celui-ci lui pose. Le but de l'examen physique mérite d'être explicité et celui-ci doit être consenti par l'adolescent. Il peut être préférable de différer l'examen à une consultation suivante que de réaliser cet examen dans un contexte contraignant. De plus, l'examen physique prend une valeur thérapeutique de par les commentaires que le médecin pourra faire à l'adolescent. Celui-ci sera rassuré de réaliser que certaines particularités de l'examen physique ne sont pas nécessairement anormales aussi bien que de s'entendre expliquer ce qui n'est pas normal. Ensuite, selon les informations recueillies par l'anamnèse et l'examen physique et selon le contenu de la consultation, nous faisons parfois appel à un petit questionnaire standardisé qui aborde différents secteurs de vie et de comportement de l'adolescent et peut mettre en évidence l'un ou l'autre domaine à approfondir.

Au terme de cette partie de la consultation menée avec l'adolescent seul, des premières conclusions peuvent être tirées et des orientations proposées. Dans ces conclusions préliminaires, il est important de souligner les éléments dont l'adolescent a pris conscience et qui peuvent constituer une demande de prise en charge. Il est inutile voire même contre-indiqué de révéler à l'adolescent les mécanismes ou explications que le médecin a pu cerner lors de l'entretien. Cette prise de conscience sera l'objet du travail réalisé par l'adolescent au cours du suivi, avec l'accompagnant et le soutien des intervenants de l'équipe.

Enfin, les parents sont à nouveau invités à rentrer dans le cabinet de consultation et des conclusions générales leur sont données. Celles-ci sont axées sur les propositions de prise en charge diagnostique et thérapeutique qui sont faites et insistent sur la part active donnée à l'adolescent dans le choix de s'engager vers cette évaluation et ce suivi.

## Les divers registres de lecture des plaintes des adolescents

Les problèmes invoqués à la consultation initiale au Centre de Santé de l'Adolescent sont assez conformes aux questions révélées par les grandes enquêtes à l'exception de ce qui touche à la sexualité et aux assuétudes (cfr. figure 3).

Pour expliquer la représentation relativement faible de ces deux domaines, on invoquera d'une part l'orientation «*psycho-somatique*» prise par le Centre et, d'autre part l'existence de structures spécialisées comme les centres de planning ou les centres d'information concernant les assuétudes auxquels les adolescents s'adressent directement pour ces questions.

Dans notre expérience, les dysorexies (obésité et anorexie) constituent un motif très important de consultation qui, pour une bonne moitié de ces adolescents, relève d'une prise en charge pluridisciplinaire. Les consultations relatives à la croissance et à la puberté font généralement l'objet d'une prise en charge médicale stricte alors que les autres motifs tels que plaintes somatiques, échec ou absentéisme scolaire, agressivité, nervosité, anxiété,

insomnie et dépression ou idéation suicidaire, relèvent quasi toujours d'une prise en charge pluridisciplinaire. C'est pour des motifs de consultation comme les dysorexies et les plaintes somatiques, où le côté physique est mis très en avant par l'adolescent, que la lecture du problème par le soignant dans les registres à la fois somatique et psychologique permettra d'ouvrir vers une prise en charge pluridisciplinaire.

Il faut également attirer l'attention sur la multiplicité des problèmes posés lors de la consultation qu'il s'agisse des plaintes évoquées spontanément ou des problèmes qui seront relevés par une anamnèse soigneuse ou durant l'examen physique (cfr. figure 4). Ces deux caractéristiques sont retrouvées plus fréquemment chez les adolescents qui requièrent une prise en charge pluridisciplinaire que chez ceux qui relèvent d'une prise en charge strictement médicale. Parfois, le motif initial de consultation est l'arbre qui cache la forêt et le travail initial consistera à accompagner l'adolescent dans la reconnaissance progressive de la problématique plus large qui se trouve derrière le motif de consultation. Il pourra alors envisager les réponses ou les solutions qui peuvent être apportées.

Enfin, il existe toujours, à côté du registre individuel de l'adolescent, un registre familial et «*sociétal*» dans lequel le motif de consultation mérite d'être lu. L'impact du contexte familial sera parfois tel qu'une prise en charge de type familial sera à proposer à côté de la prise en charge individuelle, voire même exclusivement. Toutefois, toutes les démarches proposées restent centrées sur l'adolescent.

## L'intégration des différentes polarités en équipe

Notre équipe comprend en dehors des pédiatres, des psychologues et une pédopsychiatre qui consultent dans les mêmes locaux, une assistante sociale, une psychomotricienne, une diététicienne et une secrétaire. Nous travaillons également avec des éducateurs pour la santé et nous avons des consultants privilégiés pour recevoir les adolescents en médecine physique, en gynécologie et en dermatologie. La plupart des intervenants de cette équipe ont une réunion hebdomadaire de présentation et de discussion des situations.

Ceci permet de confronter les différentes lectures et d'intégrer des aspects somatiques et psychologiques dans les propositions de prise en charge.

Un autre avantage qui ressort de ce fonctionnement d'équipe en site commun est de pouvoir proposer à un moment opportun une consultation psychologique qui est perçue comme moins dramatisante.

Il est clair que ce type de structure et de fonctionnement présente des avantages pour une prise en charge effective de certaines situations chez l'adolescent mais qu'elle a aussi ses limites qu'il est important de connaître. Il existe en effet bien des situations qui relèvent d'autres structures ciblées sur certaines problématiques ou orientées vers certaines modalités de prise en charge. Une initiative nouvelle telle que le Centre de Santé de l'Adolescent s'inscrit donc dans un créneau neuf et complémentaire de ceux offerts par d'autres structures. ■

## Bibliographie

- [1] RESNICK M.D., BEARMAN P.S., BLUM R.W. et coll. (1997), *Protecting adolescents from harm*, dans *JAMA*, n°278, pp.823-832.
- [2] NARRING F., TSCHUMPERA., MICHAUD P.A. et coll. (1994), *La santé des adolescents en Suisse : rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie*, dans *Cahiers de Recherche de Documentation 113a*, Institut Universitaire de Médecine sociale et préventive, Lausanne.
- [3] CHOQUET M., LEDOUX S. (1994), *Adolescents : enquêtes nationales*, Editions INSERM, Paris.
- [4] PIETTE D., PREVOST M., BOUTSEN M. et coll. (1997), *Vers la santé des jeunes en l'an 2000 ? Une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté Française de Belgique de 1986 à 1994*, Rapport de recherche, Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique.
- [5] OPPONG-ODISENGA C.K., HEYCOCK E.G. (1997), *Adolescent health services – through their eyes*, dans *Arch Dis Child*, n°77, pp.115-119.
- [6] CHOQUET M. (1991), *Les adolescents face aux soins. La consultation, l'hospitalisation*, rapport de recherche, INSERM U169, Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration.
- [7] RYAN S.A., MILLSTEIN S.G., GREENE B., IRWIN C.E. (1996), *Utilization of ambulatory health services by urban adolescents*, dans *J Adolesc Health*, n°18, pp.192-202.
- [8] MARKS A., MALIZIO J., HOCH J. et coll. (1983), *Assessment of health needs and willingness to utilize health care resources of adolescents in a suburban population*, dans *J Pediatr*, n°102, pp.456-460.
- [9] GRIGNARD S., VANDORNE C., LECHEN X., BORN M., MAIRIAUX P., BOURGUIGNON J.P. (1998), *Analyse des parcours de consultation et des modalités de prise en charge de l'excès pondéral par les adolescents*, rapport de recherche, Communauté française de Belgique.
- [10] BOURGUIGNON J.P., GLOWACZ F. (1998), *Le Centre de Santé de l'Adolescent. Justification d'une approche bipolaire et analyse des motifs de consultation*, dans *Rev Med Liège*, n°53, pp.337-343.
- [11] GLOWACZ F., BOURGUIGNON J.P. (1998), *Le Centre de Santé de l'Adolescent II. Stratégies de prise en charge*, dans *Rev Med de Liège*, n°53, pp.344-349.